

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1272

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean MATHIAS

Né le 6 Mars 1912 à Bucarest (Roumanie)

**LE BUBON TUBERCULEUX
DE L'AINE**

Président : M. le Professeur CARNOT

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1939

1572

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Jean MATHIAS

Né le 6 Mars 1912 à Bucarest (Roumanie)

**LE BUBON TUBERCULEUX
DE L'AINE**

Président : M. le Professeur CARNOT

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINI
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N.
	HAZARD
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINEPathologie chirurgicale.
 BARIETYPathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCKPathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNESPathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIERParasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARETPathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOTObstétrique.

HEITZ-BOYER ...Pathologie chirurgicale
 LARDENNOISPathologie chirurgicale
 LE LORIERObstétrique.
 SCHWARTZPathologie chirurgicale
 VANDESCALObstétrique.

à titre permanent.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur P. CARNOT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique médicale à la Faculté
de Médecine de Paris

*qui a été notre premier maître et qui
a bien voulu être notre président de
thèse, la certitude de notre recon-
naissance respectueuse et de tout
notre dévouement.*

A Monsieur le Docteur G. GARNIER

qui a bien voulu nous aider constamment de ses conseils, toute notre gratitude.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Messieurs R. PROUST (*in memoriam*)

LARDENNOIS

P. CARNOT

M. PINARD (*in memoriam*)

R. GARCIN

DESNOYERS

INTRODUCTION

C'est à l'instigation de notre maître le D^r Garnier, médecin-assistant des Hôpitaux de Paris, que nous avons repris l'étude du bubon tuberculeux de l'aine.

Alors qu'il y a à peine plus de quarante ans Lejars, d'abord, Marion et Gandy, ensuite, rattachaient à la tuberculose toutes les adénopathies suppurées de l'aine, tous les « bubons strumeux » suivant l'appellation de Diday et Rollet, le bubon tuberculeux de l'aine semble être considéré aujourd'hui comme exceptionnel.

Depuis 1913, lorsque Nicolas et Favre décrivirent la lymphadénite inguinale subaiguë, depuis les travaux de Frei surtout, le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse de l'aine fut rarement porté. Et pourtant, en étudiant les observations de bubon tuberculeux publiées ces dernières années, il semble

bien que cette affection est plus fréquente qu'on ne le croit.

Bien trop souvent le diagnostic n'en a été porté qu'après celui initial de poradénite inguinale, et parfois grande a été la « surprise » des auteurs d'être amenés, grâce aux examens de laboratoire, à conclure en faveur de la tuberculose.

C'est que la maladie de Nicolas-Favre, suivant les paroles de Milian, « malgré tout l'intérêt scientifique et clinique qu'elle présente, semble absorber d'une manière exagérée l'attention des vénéréologues et fait oublier complètement qu'à côté d'elle et avant elle il y a la tuberculose, le chancre mou et même la syphilis ».

PREMIERE PARTIE

ETUDE CLINIQUE

Nous allons étudier dans cette première partie les aspects cliniques sous lesquels se présentent les adénopathies tuberculeuses de l'aîne. Nous laisserons de côté l'adénite inguinale des polyadénopathies tuberculeuses, de même que l'adénopathie simple symptôme d'une lésion tuberculeuse ostéo-articulaire des membres inférieurs.

Nous envisagerons pour plus de clarté :

- 1° La forme habituelle : le bubon subaigu;
- 2° La forme aiguë, elle est exceptionnelle;
- 3° Les formes associées sur lesquelles on a beaucoup insisté ces dernières années.

CHAPITRE I

L'ADÉNOPATHIE INGUINALE TUBERCULEUSE SUBAIGUE

C'est la forme habituelle sous laquelle se présente le bubon tuberculeux de l'aîne.

Il faut distinguer :

1° L'adénopathie secondaire à une lésion tuberculeuse des organes génitaux, la plus fréquente;

2° L'adénopathie secondaire à une lésion tuberculeuse cutanée des membres inférieurs ou de la région ano-périnéale et fessière;

3° L'adénopathie tuberculeuse isolée.

I. — ADÉNOPATHIE TUBERCULEUSE SECONDAIRE A UNE LÉSION GÉNITALE.

A. — Parfois il s'agit d'un homme et alors la lésion siège au niveau de la verge.

Gaston et Gonthier ont rapporté l'observation d'un jeune homme de 25 ans qui présentait, dans la rainure balano-préputiale, une ulcération indolore et indurée et qui s'accompagnait de deux bubons inguinaux qui finirent par suppurer un mois après le début.

L'examen du raclage de l'ulcération montra d'assez nombreux bacilles de Koch.

De même Cruppan rappelle, dans sa thèse, que Lindman et Wilson avaient rassemblé 59 cas d'inoculation tuberculeuse au cours de la circoncision rituelle, où l'opérateur suce la plaie et l'infecte s'il est cracheur de bacilles. Plusieurs de ces lésions génitales s'accompagnaient d'un bubon inguinal.

Lanzenberg a publié par ailleurs, il y a quelques années, sous le titre : « Un cas d'adénopathie inguinale d'origine inconnue », l'observation d'un homme de 62 ans porteur d'une adénopathie volumineuse du triangle de Scarpa, et d'une petite ulcération du frein, et chez lequel la réaction de Frei a été négative à trois reprises, de même que l'intradermo-réaction au Dmelcos. Aucune épreuve n'a été faite en vue du diagnostic d'adénopathie tuberculeuse.

B. — Mais, le plus souvent, il s'agit d'une jeune femme chez laquelle la porte d'entrée est représen-

tée par une ulcération vulvaire. Plusieurs observations ont été publiées ces dernières années.

Voici les plus caractéristiques :

Observation N° 1. — Inoculation tuberculeuse vulvaire d'une jeune mariée.

Par MM. Chevallier, Colin, Kaplan et Orinstein. (Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 13 nov. 1936, p. 1483.)

M^{me} C... (Renée), 20 ans, hospitalisée le 3 octobre 1936 pour une adénopathie inguinale bilatérale avec ulcération vulvaire. Mariée depuis deux mois elle ne peut préciser à quelle date est apparue cette ulcération. C'est depuis un mois environ qu'elle a constaté l'existence de gros ganglions.

L'examen montre en effet une adénopathie inguinale bilatérale : à droite, un ganglion gros comme une noix, dur, mobile sous la peau et sur le plan profond ; à gauche, monoadénopathie du volume d'une petite mandarine ; elle adhère partiellement à la peau, avec à ce niveau un point de fluctuation. Il n'y a pas d'autres adénopathies en particulier des ganglions iliagues profonds. A la vulve on découvre une ulcération de la dimension d'une pièce de un franc, sur la partie droite de la fourchette

empiétant sur les caroncules myrtiformes voisins et sur la face interne de la petite lèvre. C'est une lésion propre plus foncée que la muqueuse adjacente, plane, non suintante.

Les bords ne sont pas décollés ou surélevés, aucune induration au palper.

Température, 38°. Examen général négatif.

Aucun antécédent tuberculeux. Cuti-réaction négative il y a quatre ans. Il y a trois ans, à la suite d'une chute, s'est formé un abcès de la région coccygienne qui, incisé, a guéri sans fistulisation.

Malgré l'absence de ganglions iliaques on pense d'abord à une paradénite.

Les examens divers montrent :

l'absence de tréponèmes;

le Kahn et Hecht négatifs;

l'auto-inoculation et la réaction de Frei sont également négatives.

La cuti-réaction à la tuberculine est fortement positive.

La ponction du ganglion inguinal droit montre à l'examen direct de la sérosité la présence de bacilles alcalo et acido-résistants. Un frottis fait à partir de l'ulcération vulvaire n'a pas montré de bacilles de Koch. Après incision des abcès ganglion-

naires le pus contient des B. K. Des colonnes se développent sur milieu de Lœwenstein. Les cobayes inoculés sont encore en vie, sans adénopathie, mais amaigris.

On coupe un caroncule myrtilforme, très œdématisé, qui se trouvait sur le bord de l'ulcération. A côté d'un infiltrat tantôt lâche, tantôt dense, on trouve çà et là une grosse cellule dont l'aspect se rapproche de celui d'une cellule de Steinberg mais sans être identique. En suivant la coupe, on tombe sur un follicule tuberculeux typique, avec au centre une cellule de Langhans, un tissu épithélioïde dont les éléments présentent des signes de dégénérescence. L'évolution a été favorable, l'ulcération est cicatrisée; les adénopathies ont dû être incisées. Elles suintent encore un peu, mais ont beaucoup diminué de volume.

L'état général est bon.

Cette observation est une des premières à avoir mis en évidence, avec toute la certitude voulue, l'étiologie tuberculeuse du bubon inguinal. Les auteurs ont pu obtenir des cultures de bacilles de Koch en partant du pus ganglionnaire. A signaler que le mari de la jeune malade présentait, deux mois et demi après le mariage, un orchio-épididymite bacillaire, avec bacilles de Koch à l'examen direct des urines.

Observation N° 2. — Tuberculose ulcéreuse chancriforme apparemment primitive de la région vulvaire avec adénite inguinale tuberculeuse et érythème noueux intercurrent.

Par MM. Gathé, Cuilleret, Riou. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1936, p. 25.)

M^{me} S..., Jeanne, âgée de 18 ans, et qui ne présente aucun antécédent héréditaire ou collatéral, vient à notre consultation le 7 août 1935. Grossesse de 2 mois.

Depuis quinze jours elle se plaint que les rapports avec son mari sont douloureux ; quelques jours après elle présente, au niveau des deux jambes, un érythème noueux.

Le jour où nous la voyons on constate, d'une part, une ulcération vulvaire intéressant toute la face interne de la petite lèvre et gagnant la paroi vaginale, ulcération à bords décollés, très douloureuse, et qui a été rapidement extensive et s'accompagne d'un gros œdème vulvaire, et, d'autre part, un bubon inguinal gauche très inflammatoire, enfin des nodules typiques d'érythème noueux.

On pratique immédiatement une intradermo-réaction au Dmelcos, une injection intraveineuse du même vaccin et des cautérisations de l'ulcéra-

tion. Le bubon ne rétrocede pas. Une seconde intradermo-réaction se montre, de même que la première, négative; on ponctionne le pus du bubon avec lequel on pratique l'inoculation au cobaye ainsi qu'une intradermo-inoculation à la malade et dans lequel on recherche les bacilles de Koch. Ceux-ci sont mis en évidence dans le pus du bubon, dans l'ulcération vulvaire, de même que dans l'ulcération consécutive à l'intradermo-inoculation qui n'offre aucun des caractères d'une chancrellisation cutanée, mais ceux d'une gomme tuberculeuse typique. L'inoculation au cobaye pratiquée avec les fragments de lésion vulvaire se révèle positive, aussi bien que celle pratiquée avec le pus du bubon.

On conclut donc à une tuberculose ulcéreuse vulvaire avec adénopathie inguinale tuberculeuse et poussée bacillémique intercurrente signée par l'érythème noueux.

Les cautérisations amènent en un mois la guérison, tant de la lésion vulvaire que de la gomme produite par l'intradermo-inoculation.

La radiothérapie donne les mêmes résultats en ce qui concerne l'adénite.

Observation N° 3. — Petite ulcération vulvaire et bubon strumeux d'origine tuberculeuse par contamination conjugale.

Par M. Sven Hellerstrøm. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1937, p. 1127, et Acta Dermato-Venereologica, vol. XVIII, fasc. 4, juillet 1937.)

Il s'agit d'une couturière de 22 ans qui fut admise à l'hôpital Saint-Gœran, service III B, le 5 décembre 1936.

Antécédents : aucune tuberculose dans la famille; nie toute maladie vénérienne. A eu des rapports sexuels à deux reprises avec le même homme (E. J.) ; la première fois, à la fin octobre 1936, la seconde fois une semaine et demie plus tard. A précédemment eu d'autres rapports avec un autre homme, fin septembre 1936.

A remarqué une semaine avant l'admission une tuméfaction inguinale gauche.

Etat le 5 décembre 1936 : bon état général.

Au niveau des organes génitaux, auprès de l'orifice de la glande de Bartholin gauche, on observe un ulcère arrondi mesurant 5×4 mm. et environ 2 mm. de profondeur, au fond recouvert de débris purulents. Pas d'induration. Pas de spirochètes décelables dans la sécrétion de l'ulcère. Rectum normal.

Dans la région inguinale droite on palpe deux ganglions durs, libres, indolores, de la grosseur d'un haricot.

Dans la région inguinale gauche on palpe, près du Mont de Vénus, un paquet de ganglions soudés par des périadénites, un peu plus grand qu'un œuf de poule et adhérent au tissu sous-jacent et à la peau qui est bleu violacée. Léger ramollissement au centre du bubon. Dans la fosse iliaque gauche, on palpe dans la profondeur quelques ganglions gros comme des noix et indolores. Pas de plaies sur les membres inférieurs.

En se basant sur le caractère strumeux du bubon, sur l'ulcération de la vulve et sur les antécédents, on pose avec la plus grande certitude le diagnostic clinique de lymphogranulomatose inguinale; sur quoi les réactions de Frei, d'Ito-Riensterna et de Wasserman sont faites, qui cependant donnent toutes un résultat négatif.

Comme le diagnostic de lymphogranulomatose semble être essentiellement juste d'après l'aspect clinique et comme il peut être présumé que l'allergie cutanée n'est pas encore développée au point de donner un résultat positif pour le Frei, il est décidé d'attendre quelque temps. Cependant, des réactions de Frei réitérées (9 décembre, 12 décembre, 15 décembre) ont toutes un résultat négatif. L'application intraveineuse d'antigène Frei, exécutée le 15 décembre, donne une résultat incertain. Comme il peut s'agir d'un cas de lymphogranulomatose avec

anergie permanente ou passagère, nous décidons d'attendre le diagnostic de Maladie de Nicolas-Favre à rebours, c'est-à-dire de préparer un antigène à partir du bubon de la malade et de le mettre en présence de cas certains de lymphogranulomatose. Le 21 décembre le paquet ganglionnaire est excisé; ensemencement : la culture reste stérile; greffes intracérébrales sur souris blanches; préparation de l'antigène selon Frei; des parties sont envoyées à l'examen anatomo-pathologique. Le 29 décembre le rapport de l'examen anatomo-pathologique nous parvient (F. Wahlgren): « Lymphadénite tuberculeuse prononcée avec de grandes nécroses caséuses et de nombreux bacilles de Koch dans le tissu inflammatoire. » Le 30 décembre l'ulcère de la vulve est excisé en son entier et envoyé : 1° à l'examen anatomo-pathologique; 2° inoculé au cobaye.

Les résultats sont concordants : il s'agit d'un ulcère tuberculeux.

Le 31 décembre 1936, injection intracutanée de 0 mgr. 1 de A.T.; après 48 heures, résultat fortement positif. L'examen radiologique pulmonaire, l'examen de l'arbre urinaire pratiqués en janvier 1937 sont restés négatifs.

Le diagnostic est donc : ulcère tuberculeux de la vulve plus lymphadénie tuberculeuse de la région inguinale gauche.

Le partenaire (E. J.), interrogé, déclare avoir subi une néphrectomie en février 1936 pour tuberculose rénale gauche (confirmée par l'examen bactériologique et anatomo-pathologique).

Voici une dernière observation également concluante :

Observation N° 4. — Tuberculose ulcéreuse vulvaire avec adénopathies inguino-iliaques concomitantes.

Par MM. Gaté, Michel, Chanial et Racouchot.
(Bull. Soc. Derm. et Syph., 1937, p. 1160.)

C..., Marie, 25 ans, se présente à la consultation le 7 avril 1937.

Aucun antécédent personnel n'est à retenir. Mariée il y a sept mois, elle perdit son mari un mois après son mariage, en décembre 1936, d'une méningite dont la nature tuberculeuse semble assez vraisemblable. Peu de temps après la mort de son mari, cette jeune femme vit apparaître une adénopathie inguinale bilatérale, peu douloureuse, qui augmente peu à peu de volume. Un médecin consulté, procède à une incision; depuis ce moment les deux plaies continuent à suppurer.

A l'examen, au niveau de la fourchette vulvaire, une assez large ulcération à fond irrégulier et suppurant, limitée du côté vaginal par un bourrelet transversal très saillant qui surplombe nettement le fond de l'ulcération. Dans chaque région inguinale une adénopathie de moyen volume non douloureuse. Dans chaque fosse iliaque on sent une tuméfaction de petit volume représentant la prolongation à ce niveau du processus ganglionnaire.

Bon état général : examen radiologique pulmonaire normal.

L'intradermo-réaction de Dmelcos et d'Ito-Riensterna, la réaction de Frei, le Bordet-Wassermann, Kahn et Meinicke, se montrent négatifs. La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

L'examen du pus ganglionnaire ne montre aucun microbe.

Dans celui de l'ulcération on constate une flore variée, mais ni gonocoques, ni bacilles de Ducrey.

Une inoculation a été pratiquée au cobaye, d'une part avec le pus de l'ulcération, d'autre part avec le pus issu des ganglions. Les deux se montrèrent très positives et aboutirent à une tuberculose expérimentale tout à fait typique. Une biopsie de l'ulcération vulvaire a montré un infiltrat cellulaire très tuberculoïde avec de nombreuses cellules géantes.

Cautérisation au chlorure de zinc; radiothérapie sur les ganglions.

Ces observations, toutes scientifiquement irréprochables, ont ceci de commun que le diagnostic de lésion tuberculeuse n'a été porté que grâce aux examens de laboratoire et aux épreuves biologiques. C'est à la poradénite inguinale de Nicolas-Favre que les auteurs ont avant tout pensé, parfois même à la chancrelle. Rien, dans l'aspect clinique de l'ulcération ou de l'adénopathie inguinale, n'avait orienté vers la tuberculose. Il semble donc nécessaire, devant tout bubon de l'aîne, dont l'évolution est tant soit peu traînante, de pratiquer, au même titre que l'intradermo-réaction de Frei ou au Dmelcos, une cuti-réaction à la tuberculine et surtout une inoculation au cobaye du pus ganglionnaire. Il est encore intéressant de remarquer combien fréquente semble être la contamination conjugale.

D'autres observations d'adénopathies inguinales tuberculeuses à porte d'entrée vulvaire ont été publiées. Bulkley a rassemblé 24 cas d'ulcères tuberculeux de la vulve, s'accompagnant presque tous de réaction ganglionnaire inguinale.

Rochat a rapporté le cas d'une jeune fille de 21 ans qui, contaminée par son mari porteur d'une épидidymite tuberculeuse, présenta, trois semaines

après son mariage, une ulcération de la vulve s'accompagnant de gros ganglions inguinaux bilatéraux.

II. — ADÉNOPATHIE INGUINALE TUBERCULEUSE
SECONDAIRE A UNE LÉSION CUTANÉE DES MEMBRES
INFÉRIEURS, ANO-SCROSALE OU FESSIÈRE.

Cette forme est plus rare que la précédente. Il en existe cependant quelques observations dans la littérature médicale.

Milian a rapporté l'observation d'un enfant présentant des lésions multiples et diverses : acnitis de la face, tuberculides papulo-nécrotiques des membres, lichen scrofulosorum du tronc et qui, à l'aîne droite, présentait une volumineuse masse ganglionnaire molle, fluctuante. Cuti-réaction à la tuberculine vésico-pustuleuse.

Lanzenberg a signalé un cas d'adénopathie inguinale tuberculeuse secondaire à un lupus du pied.

M^{me} Colin a rattaché l'observation d'un malade présentant un bubon tuberculeux de l'aîne secondaire à une lésion « furonculaire » de la cuisse gauche.

De même Nicolas et Charpy ont signalé un bubon tuberculeux secondaire à une tuberculose ulcéro-gommeuse de la fesse.

Nous allons donner également une observation d'adénopathie inguinale tuberculeuse, secondaire à une fistule périnéale; cette observation présente en plus l'intérêt de montrer à nouveau combien la tuberculose inguinale peut simuler la maladie de Nicolas-Favre.

Observation N° 5. — Adénites inguinales tuberculeuses bilatérales simulant cliniquement la maladie de Nicolas-Favre, Intradermo au Frei négative. Inoculation positive au cobaye.

Par MM. Pautrier et Lanzenberg. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 14 janvier 1934, p. 218.)

Schw..., A., mécanicien, âgé de 34 ans, présente, en dehors d'un splendide urticaire pigmentaire, une affection ganglionnaire inguinale bilatérale. Le début remonte en novembre 1932; à ce moment il s'agissait d'une adénite discrète de l'aine non douloureuse et qui, petit à petit, se mit à prendre des dimensions inquiétantes.

Le D^r Frank, consulté, fit une biopsie d'un de ces ganglions en décembre 1932. En septembre 1933 un ganglion siégeant au niveau de la partie interne de la racine de la cuisse gauche s'est fistulisé; cette fistulisation fut précédée de vives douleurs.

Examen actuel : au niveau des deux aines on remarque deux gros amas ganglionnaires qui déforment la région. Les ganglions sont plus volumineux à gauche : ils atteignent presque le volume d'un poing d'adolescent; périadénite rendant la mobilisation difficile. Du côté gauche, la masse ganglionnaire semble se prolonger au-dessus de l'arcade jusque dans le petit bassin. Sur ce côté on remarque également une petite fistule siégeant dans le sillon inguino-scrotal, reste d'un abcès périnéal secondaire à un traumatisme survenu en novembre 1931.

En présence de ce tableau clinique nous avons orienté notre diagnostic vers la maladie de Nicolas-Favre et nous avons été surpris des résultats donnés par les examens de laboratoire. Biopsie faite il y a trois semaines par le Docteur Fontaine sur un ganglion du paquet inguinal gauche. Résultat : tuberculose ganglionnaire probable.

Inoculation au cobaye : tuberculisation du cobaye.

L'intradermo-réaction au Frei, avec antigènes humain et simien, est négative.

Ici encore nous retrouvons la même « surprise » devant les résultats de laboratoire.

III. — ADÉNOPATHIE INGUINALE TUBERCULEUSE,
APPAREMMENT PRIMITIVE.

Cette forme est rare. Deux observations de tuberculose, à localisation strictement ganglionnaire, sans porte d'entrée décelable, sont à signaler.

Observation N° 6. — Adénites tuberculeuses fistulisées avec réaction de Frei passagèrement positive.

Par MM. Nicolas, Lebeuf et Rougier. (Bull. Soc. fr. Derm. et Syph., 19 mai 1932, p. 787.)

B..., Brahim, sujet arabe, entre à la salle Saint-Camille le 15 février 1932 pour une ulcération de l'aisselle droite et une adénopathie inguinale gauche.

Aucun antécédent; aucune maladie vénérienne.

Il y a neuf à dix mois apparaît à l'aisselle droite une petite ulcération s'accompagnant d'une adénopathie de voisinage. Six mois après apparaît l'adénopathie inguinale gauche : volumineuse masse polylobée, adhérent en un point à la peau qui est enflammée; à ce niveau on perçoit une légère fluctuation. Pas d'adhérences au plan profond. Dans la fosse iliaque interne gauche une tuméfaction

marronnée de volume sensiblement égal à celui de la masse inguinale, oriente vers le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre.

Le 16 février on pratique une intradermo-réaction de Frei; 48 heures après et les jours suivants la réaction est très positive : papule rouge sombre entourée d'un halo rosé. On pose le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre avec adénopathie tuberculeuse de l'aisselle. Le 25 février on ponctionne le bubon; pas de bacilles de Koch à l'examen direct. Inoculation au cobaye le même jour. Le 12 mars, la recherche de bacilles de Ducrey est négative, de même que l'auto-inoculation et l'intradermo-réaction au Dmelcos. Une nouvelle intradermo-réaction avec Frei est cette fois-ci négative. Le 18 avril, le cobaye inoculé est autopsié; on trouve des lésions de tuberculose expérimentale généralisée.

Le 17 mai, une troisième intradermo-réaction de Frei est très positive : papule infiltrée surmontée d'une vésico-pustule. En même temps une autre intradermo-réaction a été faite avec un antigène préparé par M. Levaditi en partant du névraxe d'un singe atteint de maladie de Nicolas-Favre expérimentale; le résultat est négatif.

Ici encore seule l'inoculation au cobaye a permis d'arriver au diagnostic d'adénopathie tuberculeuse,

et cela, malgré une réaction de Frei positive à deux reprises.

Observation N° 7. — Surprise de diagnostic dans un cas d'adénite inguinale suppurée : tuberculose ganglionnaire à localisation clinique exclusivement ganglionnaire.

Par M. F. Woringer. (Bull. Soc. fr. Derm. et Syph., 8 mars 1931, p. 549.)

Notre malade, âgé de 24 ans, de l'infanterie coloniale, et revenant d'Indochine, fut hospitalisé à l'hôpital militaire en juin 1930 pour une adénite suppurée bilatérale de l'aine. Le médecin traitant pensant à la maladie de Nicolas-Favre présenta le malade à notre clinique pour confirmer le diagnostic. Il s'agissait d'une adénopathie dont le début remontait à environ deux ans et qui, depuis quelques mois, s'était fistulisée, laissant sourdre un pus séreux et grumeleux. L'examen à ce moment montre une adénopathie des deux aines, énorme, bosselée. La peau présente par endroit une teinte violacée et est le siège de quelques fistules irrégulières, peu apparentes, cachées dans de petits creux de rétraction cicatricielle et donnant issue à une sérosité grisâtre plus ou moins purulente.

A la palpation on perçoit une masse ganglionnaire fusionnée, dure par endroits, avec des points de ramollissements en d'autres. Il y a une grosse périadénite qui rend la peau adhérente et le paquet ganglionnaire immobilisable par rapport au plan profond. Cette palpation est peu douloureuse.

Dans les antécédents il n'y avait aucune affection vénérienne, ni lésion de la verge. L'examen ne révéla aucune lésion des membres inférieurs ou des organes génitaux pouvant constituer une porte d'entrée. Par ailleurs, le système ganglionnaire est normal. Le professeur Pautrier confirme le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre. Une large biopsie ganglionnaire est faite.

Histologiquement il s'agit d'une tuberculose ganglionnaire des plus caractérisée; on y trouve toutes les lésions, depuis le follicule tuberculeux jusqu'à la tuberculose fibro-caséeuse. Mais impossibilité de déceler le bacille de Koch. Le 11 juillet on inocule un cobaye avec le pus ganglionnaire. Le 1^{er} décembre, quatre mois et demi seulement plus tard, mort du cobaye. Macroscopiquement et histologiquement lésions tuberculeuses viscérales. On décèle la présence de bacilles de Koch dans les lésions pulmonaires.

CHAPITRE II

ADENOPATHIES INGUINALES TUBERCULEUSES AIGUES

Cette forme est exceptionnelle.

il n'existe dans la littérature médicale qu'une observation publiée par MM. Chevallier et Orinstein.

L'adénopathie se présente comme un véritable abcès inguinal, à début brutal. Le ganglion augmente considérablement de volume en quelques jours; la peau rougit, s'ulcère rapidement. Il se forme une fistule qui dure et s'éternise, à allure tuberculeuse.

CHAPITRE III

ADENOPATHIES INGUINALES TUBERCULEUSES ASSOCIEES A D'AUTRES AFFECTIONS

Ces formes mixtes sont relativement fréquentes. Elles réalisent parfois des aspects hybrides rendant le diagnostic étiologique encore plus difficile.

I. — FORMES ASSOCIÉES AU CHANCRE MOU.

Elles sont exceptionnelles. Aucune observation n'en a été publiée. Milian cependant a signalé, dans son ouvrage sur le chancre mou, l'existence de cette association. Il faut y penser en présence d'un bubon chancrelleux qui dure des mois chez un malade dont l'état laisse à désirer.

II. — FORMES ASSOCIÉES A LA SYPHILIS.

Elles sont rares également.

C'est le bubon syphilo-strumeux de Fournier, le scrofulate de vérole de Ricord.

Après un premier stade d'adénopathie syphilitique caractéristique, les ganglions augmentent de volume, la périadénite apparaît. La masse ganglionnaire se ramollit, suppure rapidement, la peau s'amincit, puis se perfore et s'ulcère. Il se forme une fistule qui suppure indéfiniment.

Gaté, Bernheim, Charpy et Cuilleret ont signalé le cas d'une jeune femme présentant une tuberculose ancienne certaine et chez laquelle, à l'occasion d'une syphilis récente, sont apparues des adénopathies multiples ayant évolué vers la suppuration.

Il s'agissait d'un véritable réveil de la tuberculose par la syphilis.

Ces adénites tuberculeuses évoluant sur un terrain spécifique demanderaient, selon Favre, à être soumises à un traitement anti-syphilitique.

III. — FORMES ASSOCIÉES

A LA MALADIE DE NICOLAS-FAVRE.

Elles semblent être les plus fréquentes.

Chevallier et Jean Bernard ont rapporté l'observation d'une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire ouverte et chez laquelle apparut une adénite inguinale, ayant évolué vers la suppuration. Malgré l'existence de bacilles de Koch dans le pus

à l'examen direct et l'inoculation au cobaye positive, les auteurs conclurent, après une étude biologique soigneuse et un examen histologique approfondi du ganglion, à une maladie de Nicolas-Favre surinfectée de tuberculose.

Ramel, de Lausanne, a signalé également le cas d'un jeune homme atteint de maladie de Nicolas-Favre avec porte d'entrée sur le prépuce et chez lequel on mit en évidence des décharges de bacilles alcoolo- et acido-résistants dans les urines. L'inoculation de celles-ci au cobaye fut d'ailleurs positive.

Le même auteur a rapporté un cas de tuberculisation du cobaye par la technique des inoculations successives (deuxième passage) en partant d'un ganglion lymphogranulomateux.

Jadassohn, de Breslau, a signalé un cas de tuberculose latente des ganglions inguinaux surinfectée par la lymphogranulomatose.

Ces cas, rares il est vrai, viennent compliquer encore le diagnostic différentiel entre le bubon tuberculeux et la poradénite inguinale, diagnostic déjà bien difficile par ailleurs. Ils demandent cependant à être interprétés avec prudence, car, dans des cas comme ceux de Ramel et de Jadassohn, le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre n'est appuyé que sur la positivité de la réaction de Frei.

DEUXIEME PARTIE

DIAGNOSTIC

Dans un premier chapitre nous étudierons les divers moyens à notre disposition pour arriver au diagnostic d'adénopathie inguinale tuberculeuse.

Dans un chapitre suivant nous étudierons le diagnostic différentiel.

CHAPITRE I

DIAGNOSTIC POSITIF

Pour arriver au diagnostic d'adénopathie inguinale tuberculeuse nous disposons de divers éléments :

1° Tout d'abord l'examen clinique, et nous en profiterons pour faire ici la description clinique du bubon tuberculeux;

2° Ensuite les épreuves biologiques et de laboratoire;

la cuti-réaction à la tuberculine, ou l'intradermo-réaction avec la tuberculine diluée;

la recherche du bacille de Koch;

l'inoculation au cobaye;

3° Enfin l'examen histologique d'un fragment de ganglion prélevé par biopsie.

I. — *Etude clinique.*

L'examen de l'adénopathie inguinale n'apporte guère de signes utiles au diagnostic étiologique.

Au début il s'agit de un ou plusieurs ganglions, petits, indolores, mobiles. Rapidement les ganglions augmentent de volume, s'agglomèrent, adhèrent à la peau et aux plans profonds.

A la période d'état on constate l'existence d'une masse plus ou moins volumineuse, siégeant à la partie interne du pli de l'aîne, masse uni-ou bilatérale, à contours irréguliers, lobulée, fixée par de la périadénite. La peau est violacée, adhérant par endroits à la masse ganglionnaire. A ce niveau la palpation montre une fluctuation plus ou moins nette. La peau va bientôt se perforer en un ou plusieurs endroits, laissant s'écouler un pus séreux, mal lié, grumeleux; la fistule présente un orifice à bords irréguliers, violacés, décollés. L'évolution est lente; la fistule s'éternise, mettant parfois des années avant de se refermer.

Rien, dans cette étude clinique, à part peut-être l'évolution lente, traînante, n'offre d'intérêt pour le diagnostic étiologique.

On devra toujours compléter l'examen de l'adénopathie inguinale par la recherche de la porte

d'entrée : lésions génitales surtout, ou des membres inférieurs. Parfois, de par leur aspect, ces lésions pourront faire penser à la tuberculose.

II. — *Les épreuves biologiques.*

Cuti- ou intradermo-réaction à la tuberculine.

Tout comme l'intradermo-réaction de Frei et l'intradermo-réaction au Dmelcos, la cuti-réaction à la tuberculine doit être systématiquement pratiquée devant toute adénopathie inguinale.

Une cuti-réaction fortement positive peut être en faveur de la bacillose. Pourtant certains auteurs, Favre et Hellerstrøm notamment, ont signalé l'intensité des réactions à la tuberculine chez certains malades atteints de poradénite inguinale.

Par contre, une cuti-réaction négative est un argument de valeur contre l'origine bacillaire de l'adénopathie. Il en est de même de l'intradermo-réaction avec la tuberculine diluée.

III. — *La recherche du bacille de Koch.*

Cette recherche se pratique sur le pus du bubon et également sur le pus ou la sérosité de la lésion constituant la porte d'entrée. Mais, s'il s'agit là d'un argument de certitude, la mise en évidence du ba-

cille de Koch reste difficile, aussi bien à l'examen direct du pus qu'après ensemencement sur milieu de Lœwenstein. Nous avons vu cependant, dans l'observation n° 1, que Chevallier et ses collaborateurs ont pu obtenir des cultures de bacilles de Koch.

IV. — *L'inoculation au cobaye.*

L'inoculation au cobaye du pus prélevé au niveau du bubon est actuellement la méthode d'élection.

C'est à la fois une méthode de certitude et une méthode sûre, extrêmement sensible. Cependant il faudra savoir attendre et ne sacrifier l'animal qu'après plusieurs mois. Woringer (observation n° 7) signale la mort du cobaye que quatre mois et demi après l'inoculation.

A l'examen macroscopique on retrouve, au niveau des différents organes, en particulier rate, foie, poumons, des lésions de tuberculose expérimentale. Il est possible parfois de déceler sur une des coupes quelques bacilles de Koch.

V. — *Histologie.*

L'examen histologique d'un fragment prélevé au niveau de la masse ganglionnaire permet de retrouver les aspects caractéristiques de la tuberculose

ganglionnaire telle qu'elle existe ailleurs : images classiques des follicules tuberculeux avec cellules géantes et cellules épithélioïdes ; par endroits îlots de nécrose avec dégénérescence caséuse.

Enfin on pourra retrouver, au niveau des cellules géantes, des bâtonnets alcool et acido-résistants ; mais il est souvent nécessaire d'examiner de nombreuses lames pour en rencontrer.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il est indispensable de n'arriver au diagnostic de bubon tuberculeux de l'aîne qu'après avoir éliminé les autres adénites inguinales.

Nous ne ferons que citer les diagnostics d'exception :

Tularémie, la forme mineure de la peste, une adénolymphoïdite aiguë bénigne, l'adénopathie isolée de la maladie de Hodgkin.

Nous nous contenterons de signaler l'existence de « bubons strumeux » d'origine staphylococcique et streptococcique.

Ce sont surtout les bubons syphilitiques, chancrelleux et la maladie de Nicolas-Favre qui méritent discussion.

I. — *L'adénopathie syphilitique.*

Le bubon est exceptionnel au cours de la syphilis; il s'agit, en règle, de petits ganglions durs, mobiles, indolores, l'association de cette adénopathie et du chancre d'inoculation est assez typique pour ne laisser persister le plus souvent aucun doute. Recherche du tréponème, réactions sérologiques précisent le diagnostic.

Mais nous avons vu la possibilité, exceptionnelle il est vrai, de formes associées à la tuberculose. Fournier, Ricord avaient déjà signalé ces formes hybrides, ces « scrofulates de vérole ».

II. — *Le bubon chancrelleux.*

Il est plus fréquente que le bubon tuberculeux. Dans sa forme habituelle inflammatoire, aiguë, douloureuse, contemporaine du chancre mou, le bubon chancrelleux ne risque pas d'être confondu avec l'adénopathie tuberculeuse.

Ce sont les formes chroniques, fibreuses, fistulisées où le chancre est guéri ou est passé inaperçu qui peuvent prêter à confusion.

La recherche du bacille de Ducrey dans le pus du bubon se montre souvent infructueuse. Ici encore ce sont les épreuves biologiques qui s'avèrent

les plus utiles : auto-inoculation et surtout intra-dermo réaction au Dmelcos. Cette réaction semble être nettement spécifique, mais il faut savoir qu'elle peut rester longtemps positive après la guérison de la chancrelle. Dans certaines formes particulièrement chroniques, seule l'inoculation au cobaye peut trancher le diagnostic.

L'inefficacité du vaccin anti-chancrelleux enfin est un gros argument pour éliminer le bubon chancrelleux.

III. — *La maladie de Nicolas-Favre.*

La poradénite inguinale reste le gros diagnostic.

Cliniquement il y a peu de différence entre les deux affections. L'adénopathie iliaque profonde, considérée comme spécifique de la poradénite inguinale, se rencontre aussi fréquemment dans la tuberculose inguinale. Déjà Verneuil signalait son existence dans le bubon tuberculeux; Nicolas et Favre, ensuite, montrèrent le peu de valeur de ce symptôme. L'existence d'un rétrécissement rectal concomitant n'est pas non plus un signe de certitude : P.-E. Weil et Ménétrier l'ont rencontré dans la tuberculose.

Au point de vue histologique les différences sont également peu importantes, et ce que Marion et

Gandy décrivirent comme appartenant à la tuberculose, Nicolas et Favre le rattachèrent ensuite à la poradénite inguinale. Le test le plus précis reste l'intradermo-réaction à l'antigène de Frei; mais cette réaction ne semble pas être absolument spécifique. Clément Simon signale 6 % d'erreurs. Chevallier a rapporté des cas de poradénites inguinales certaines s'accompagnant de réactions de Frei négatives. Nicolas, Lebeuf et Rougier ont signalé une réaction de Frei positive à plusieurs reprises dans un bubon tuberculeux (observation n° 6). La réaction de Frei demande à être pratiquée avec toutes les précautions possibles : répéter l'intradermo-réaction, utiliser des antigènes différents, nettement éprouvés; lecture de l'intradermo-réaction au bout de trois jours; nécessité d'une réaction papuleuse, perceptible au doigt, et persistant sept à huit jours. Enfin il faut connaître la persistance de l'allergie cutanée longtemps après la guérison de la poradénite inguinale : trente ans dans un cas de Hellerstrøm.

La possibilité de formes associées rend le diagnostic plus difficile encore. Et, devant cette ressemblance frappante que présentent souvent ces deux affections, l'on comprend qu'il est impossible parfois d'arriver au diagnostic certain sans avoir

auparavant pratiquer la recherche du bacille de Koch et l'inoculation au cobaye.

Toutes les observations que nous avons données plus haut soulignent la difficulté de ce diagnostic. D'autres auteurs encore ont éprouvé cette même difficulté :

— Ainsi Feldman et Gontine ont décrit deux cas d'adénite tuberculeuse inguinale simulant la maladie de Nicolas Favre.

— Sézary, Horowitz et Lémant ont rapporté l'observation d'une jeune femme de 25 ans, atteinte de Mal de Pott et de péritonite caséuse fistulisée, et chez laquelle est apparue à côté d'une adénopathie inguinale, un éléphantiasis vulvaire bacillaire, réalisant un véritable esthéomène tuberculeux de la vulve.

Nous croyons utile de donner ici deux autres observations soulignant l'analogie clinique des deux affections :

Observation N° 8. — Rétrécissement du rectum avec ulcérations vulvaires et adénopathies supprimées, d'origine tuberculeuse, simulant la Maladie de Nicolas-Favre. Résumé par MM. P.-E. Weil et

Ménétrier. (*Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph.*, 14 janvier 1937, p. 36.)

Il s'agit d'une femme de 44 ans, bacillaire pulmonaire depuis un an et qui vient nous consulter le 12 novembre 1936.

L'examen révèle d'énormes adénopathies des deux régions inguinales, dont l'une est nettement fluctuante : ponctionnée, elle contient du pus nettement amicrobien avec des polynucléaires peu altérées. Ces adénopathies datent de dix à quinze ans. Sur la face postérieure du vagin on met en évidence de multiples ulcérations déchiquetées, irrégulières, suppurant abondamment. Le toucher rectal découvre un rétrécissement résistant, circulaire, serré, à bords tranchants, infranchissables au doigt. La palpation de l'abdomen permet de sentir des masses profondes dans les deux fosses iliaques.

Devant un pareil tableau clinique et malgré une réaction de Frei négative, les auteurs pensent à la maladie de Nicolas-Favre. Ce n'est qu'à l'autopsie que l'on constate l'existence d'un tuberculome de l'angle iléo-coecal et l'examen histologique des ganglions inguinaux met en évidence des bacilles de Koch.

Observation N° 9. — Adénopathie inguino-iliaque tuberculeuse avec fistules, cellulite et éléphantiasis de la cuisse simulant la maladie de Nicolas-Favre. (Résumé) par MM. P. Lefèvre, Cochez et Fichet. (Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., 1937, p. 253.)

Il s'agit d'un homme de 56 ans qui présente depuis octobre 1931, une adénopathie inguinale gauche fistulisée.

Le diagnostic dès le début est celui de maladie de Nicolas-Favre, que semble confirmer un intradermo-réaction au Frei positive.

L'intradermo-réaction au Dmelcos est également positive.

Fin 1932 apparaît au niveau de la cuisse gauche un œdème dur, non douloureux, réalisant un véritable éléphantiasis. La peau est jaunâtre, comme lardacée.

Fin septembre 1933, un volumineux abcès froid apparaît à la nuque. Le 7 octobre, le pus est inoculé au cobaye; celui-ci, sacrifié en novembre, présente des lésions tuberculeuses indiscutables. Le 23 octobre, une inoculation est faite avec le pus ganglionnaire : même tuberculisation indiscutable.

L'analogie entre les deux affections apparaît d'une manière frappante. Trop souvent on ne porte

le diagnostic de maladie de Nicolas-Favre qu'en raison de sa plus grande fréquence.

Pour nous, le diagnostic étiologique d'une adénopathie inguinale devra s'entourer du maximum de garanties possibles et s'appuyer, non seulement sur des examens cliniques précis, mais aussi, et surtout, sur la mise en œuvre de tous les tests biologiques et de toutes les méthodes de laboratoire susceptibles de nous fournir une preuve.

TROISIEME PARTIE

TRAITEMENT

C'est avant tout, comme dans les autres adénopathies tuberculeuses, un traitement tendant à modifier l'hygiène et l'état général du malade. Cure de repos dans les stations climatiques de moyenne altitude, cures répétées d'huile de foie de morue. Localement, sur les masses ganglionnaires, on fera des applications de rayons ultra-violets ou de rayons X; la radiothérapie bien réglée donne d'excellents résultats.

En cas d'adénopathie suppurée, on pourra être amené à ponctionner la masse ganglionnaire et à injecter à l'intérieur même du ganglion un liquide modificateur.

Plusieurs solutions ont été employées : l'éther iodoformé, le naphтол, le thymol camphré; mais elles ont l'inconvénient d'être plutôt nécrosantes.

Moure a proposé l'injection intra-lymphatique de chlorophylle formolée en solution éthérée, solution à la fois sclérosante et nécrosante; l'auteur pratique environ une injection par semaine de deux à dix centimètres cubes de cette solution. Les résultats sont excellents.

Quel que soit le traitement choisi, le bubon tuberculeux de l'aîne évolue vers la guérison, mais après une période plus ou moins longue de suppuration.

CONCLUSION

I. — La tuberculose est une des causes relativement peu fréquente des bubons inguinaux.

II. — Par ordre de fréquence, le bubon tuberculeux semble venir après la maladie de Nicolas-Favre et le bubon chancrelleux.

III. — Il semble cependant que la poradénite inguinale englobe de trop nombreux cas d'adénopathie inguinale à étiologie douteuse.

IV. — Devant toute adénopathie suppurée de l'aîne, à évolution traînante, il faudra pratiquer en même temps que les épreuves biologiques de la maladie de Nicolas-Favre et de la chancrelle, la recherche du bacille de Koch et surtout l'inoculation au cobaye qui reste la méthode d'élection du diagnostic de tuberculose inguinale.

V. — Le pronostic de la tuberculose inguinale est bon. Sous l'influence des mesures d'hygiène habituelles, d'injections de substances sclérosantes, l'évolution vers la guérison est la règle.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — *Ouvrages et thèses*

Batailler. — Thèse de Lyon.

P. Chevallier et J. Bernard. — Les adénopathies inguinales. (Alcan, Paris, 1932.)

Colin-Letailleur. — Thèse. Paris, 1931

Darier. — Nouvelle Pratique Dermatologique.
T. III.

A. Fournier. — Traité de la syphilis.

Gruppen. — Adénites tuberculeuses de l'aîne.
(Thèse de Paris, 1937.)

Lanzenberg. — Contribution à l'étude du diagnostic des adénopathies inguinales. (Thèse de Strasbourg, 1928.)

Léjars. — Le bubon strumeux de l'aîne. (In Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.)

Thylactos. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. Ses rapports avec le bubon climatique. (Thèse de Lyon, 1922.)

II. — *Articles*

Champtalout. — Tuberculose après la circoncision.
(Brit. Med. Journal, avril 1934.)

P. Chevallier, Colin, Kaplan et Orinstein. — Inoculation tuberculeuse vulvaire d'une jeune mariée. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 13 novembre 1936, p. 1.483.)

P. Chevallier et J. Bernard. — Réactions de Frei négatives au cours de poradénites inguinales certaines. Maladie de Nicolas-Favre surinfectée de tuberculose. (Soc. de Derm. et Syph., 9 juin 1932, p. 769.)

P. Chevalier. — Rapport pour servir à la discussion des ulcères chroniques de la vulve. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1936, p. 236.)

Feldman et Contine. — Adénite tuberculeuse inguinale simulant la lymphogranulomatose inguinale. (Acta dermato-vénéréologica, Volume XV, fascicule 4.)

G. Garnier. — Le bubon tuberculeux de l'aine. Paris Médical, 10 avril 1937.)

P. Gaston et Gonthier. — Tuberculose de la verge, ulcération, lymphangite du prépuce et adénopathies inguinales. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1912, p. 472.)

- J. Gaté, Bernheim, Charpy et Guilleret.* — Adénopathies tuberculeuses survenues au cours d'une syphilis secondaire chez deux imprégnés bacillaires. Réveil de la tuberculose par la syphilis. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 26 mars 1931, p. 717.)
- Gaté, Cuilleret et Riou.* — Tuberculose ulcéreuse chancriforme apparamment primitive de la région vulvaire avec adénite inguinale tuberculeuse et érythème noueux intercurrent. (Bull. Soc. Derm. et Syph., N° 1, p. 25, 1936.)
- Gaté, Michel, Chanial et Racouchot.* — Tuberculose ulcéreuse vulvaire avec adénopathies inguino-iliaques concomitantes. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1937, p. 1.160.)
- Sven Hellerstroem.* — Petite ulcération vulvaire et bubon strumeux d'origine tuberculeuse par contamination conjugale. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1937, p. 1.127 et Acta dermato-vénéréologica, 1937, vol. XVIII, fasc. 4.)
- Sven Hellerstroem.* — Strumöse bubonen verschiedener Ätiologie. (Acta dermato-vénéréologica, 1936, août. Vol. XII, fasc. 3, p. 254.)
- P. Lanzenberg.* — Un cas d'adénopathie inguinale d'origine inconnue. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 20 mars 1932, p. 912.)

- P. Lefèvre, Cochez et Fichet.* — Adénopathie inguino-iliaque tuberculeuse avec fistules, cellulite et éléphantiasis de la cuisse simulant la maladie de Nicolas-Favre. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1937, p. 253.)
- Marion et Gady.* — L'adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires prétendue « simple ». (Archives générales de médecine, 1901, p. 129.)
- Miliam et Périn.* — Tuberculides papulo-nécrotiques, acnitis et lichen scrofulosorum chez un malade hérédo-spécifique atteint d'une adénite inguinale cliniquement tuberculeuse. (Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., 1923, p. 462.)
- Moure.* — Traitement des adénites tuberculeuses. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1935, p. 456.)
- Nélaton.* — De l'adénite subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaires. (La Semaine médicale, 1890, p. 402.)
- M. J. Nicolas, Rousset et Charpy.* — Tuberculose ulcéro-gommeuse de la région ano-fessière. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1932.)
- N. Nicolas, Lebeuf et Rougier.* — Adénites tuberculeuses fistulisées avec réaction de Frei passagèrement positive. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 19 mai 1932, p. 737.)

Pautrier et Lanzenberg. — Adénites inguinales tuberculeuses bilatérales simulant cliniquement la maladie de Nicolas-Favre. Intradermo au Frei négative. Inoculation positive au cobaye. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 14 janvier 1934, p. 219.)

Rochat. — Annales de Dermatologie, 1929.

A. Sézary, Horowitz et Lémant. — Esthiomène et tuberculose. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 25 janvier 1936, p. 340.)

Wahlgren. — Acta Pediarica. Vol. IX, fasc. 1 et 2. 30 octobre 1929.)

P.-E. Weil et Ménétrier. . . Rétrécissement du rectum avec ulcérations vulvaires et adénopathies suppurées simulant la maladie de Nicolas-Favre. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 14 janvier 1937.)

A. Weis et S. Cain. — Adénopathie inguinale suppurée d'origine indéterminée. (Bull. Soc. Derm. et Syph., 1925, p. 161.)

F. Woringer. — Surprise de diagnostic dans un cas d'adénite inguinale suppurée : tuberculose ganglionnaire à localisation clinique exclusivement ganglionnaire. (Bull. Soc. Fr. Derm. et Syph., 8 mars 1931, p. 549.)

